

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

POUR

N°
514

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Thérèse ANSALDI, née TOUZET

Docteur en Droit

Née le 24 Mai 1913, à Bort-les-Orgues (Corrèze)

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 1962

L'ORTHOGÉNISME EN FRANCE

Président : M. LACOMME, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : ANSALDI

Prénom : MARIE-THÉRÈSE

Nom de Jeune Fille : TOUZET

Date de soutenance : 23 mai 1962

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

ANSALDI (MARIE-THÉRÈSE),
née TOUZET — L'orthogé-
nisme en France. - Paris, Imp.
R. Foulon et Cie, 1962, in-8°,
VIII-48 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1962, N°).

ANSALDI (MARIE-THÉRÈSE),
née TOUZET — L'orthogé-
nisme en France. - Paris, Imp.
R. Foulon et Cie, 1962, in-8°,
VIII-48 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1962, N°).

ANSALDI (MARIE-THÉRÈSE),
née TOUZET — L'orthogé-
nisme en France. - Paris, Imp.
R. Foulon et Cie, 1962, in-8°,
VIII-48 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1962, N°).

ANSALDI (MARIE-THÉRÈSE),
née TOUZET — L'orthogé-
nisme en France. - Paris, Imp.
R. Foulon et Cie, 1962, in-8°,
VIII-48 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1962, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Thérèse ANSALDI, née TOUZET

Docteur en Droit

Née le 24 Mai 1913, à Bort-les-Orgues (Corrèze)

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 1962

L'ORTHOGÉNISME
EN FRANCE



Président : M. LACOMME, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Jean VERNE — 2^e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FALVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.)	
— <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.)	
— <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Bouicaud</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Broussais</i> : SOULIÉ (P.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.) ;	
<i>BROUET</i> (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> :	
<i>DREYFUS</i> (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . .	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); BUSSE (F.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.);
LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JÉROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.);
MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*;
MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mlle CORRE-HURST (L.);
M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.*;
FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.);
LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.);
SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.);
SARAUX (H.).

Otorhinologie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.);
CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.);
CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.);
DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.);
GAUDART D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.);
LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.);
ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOVIN (P.); CROSNIER (J.);
HARTMANN (L.); LÉPER (J.); MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.);
BRISAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.);
COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.);
FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.);
LESOBRE (R.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.);
TOURNEUR (R.); WOLFFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.);
LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LÉCHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.);
DURAND (J.); GIRARD, *m. conf.*;
HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.), *m. conf.*, *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phthisiologie :
 MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
 RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
 MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.);
 FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
 M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUIT (A.),
m. conf. agr.; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
 MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.);
 MARCHÉ (J.).

Urologie :
 MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
 QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
 MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.),
pr. s. ch.; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
 MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
 THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
 MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
 MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
 M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
 M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUIROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)

Secrétaire principal Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
 Conservateur du Musée d'Histoire de la
 Médecine M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
 MILLES LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
 QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
 dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
 à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LACOMME

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
(Hôpital Baudelocque)

Accoucheur des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence du Jury de notre
Thèse.*

INTRODUCTION

Le problème du « Birth Control » — et celui plus vaste du « Planning familial » — a été et est encore en France l'objet de controverses passionnées entre partisans et adversaires, qui ne parlent pas toujours d'ailleurs exactement de la même chose.

Cette étude ne voudrait donc être qu'un tour d'horizon et une contribution aussi objective que possible sur un plan de documentation et d'information à un problème de portée mondiale et particulièrement d'actualité en France en ce moment.

Quelle que soit l'opinion qu'on ait sur le sujet, il faut admettre qu'il pose une question et que rien ne sert de vouloir l'ignorer. Moins que tout autre, un médecin ne peut rester indifférent à un problème avec lequel il se trouve chaque jour confronté et sur lequel il doit pouvoir prendre ses responsabilités en toute connaissance de cause, sans pour cela contrevenir à la loi de 1920 qui entend réprimer « la propagande anti-conceptionnelle », mais non l'information pure et simple sur un sujet qui déborde d'ailleurs largement le cadre de la contraception : le « Planning familial ».

CHAPITRE I

RAPPEL HISTORIQUE SUR L'EVOLUTION DU " BIRTH CONTROL " DANS LE MONDE

Les préoccupations anti-conceptionnelles sont aussi vieilles que l'humanité elle-même. Les premières mesures anti-conceptionnelles connues ont été prises par ONAN, dans un épisode rapporté par la *Genèse*, et dont le sens est d'ailleurs fort controversé à l'heure actuelle.

Les procédés anti-conceptionnels étaient bien connus dans l'Egypte ancienne, la Grèce, Rome. Malgré la discrétion observée alors, ils n'avaient pas disparu au Moyen-Age, et la fabrication des premiers « condoms » modernes remonte au XVIII^e siècle.

Cependant, il faut attendre la fin de ce siècle, plus exactement l'année 1798, pour voir formuler une doctrine cohérente sur la limitation des naissances avec l'« Essai sur le principe de la population » de MALTHUS, qui énonce les deux théorèmes bien connus :

- 1° Les moyens de subsistance augmentent suivant une progression arithmétique.
- 2° La population tend à s'accroître suivant une progression géométrique.

Prêtre anglican, MALTHUS n'admet comme moyens préventifs à l'accroissement de la population du globe que l'absolue continence sexuelle.

Puis le néo-malthusianisme du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle, partant des mêmes principes, admet, lui, les procédés anti-conceptionnels pour prévenir les naissances.

A Amsterdam, la première clinique de « Birth Control » du monde est ouverte en 1878.

En France, en 1896, Paul ROBIN fonde la « Ligue de Régénération Humaine » qui se propose :

- 1° De répandre les notions exactes des sciences physiologiques et sociales permettant aux parents d'apprécier les cas où ils devront se montrer prudents quant au nombre de leurs enfants et assurant, sous ce rapport, leur liberté et surtout celle de la femme.
- 2° De lutter contre toute fâcheuse interprétation légale ou administrative de la propagande humanitaire de la Ligue.
- 3° Enfin, et en général, de faire tout ce qui est nécessaire pour que tous les humains connaissent bien les lois tendanciellles de l'accroissement de la population, leurs conséquences pratiques et les moyens de lutte scientifique contre d'apparentes fatalités, afin qu'ils deviennent plus heureux et, par conséquent, meilleurs.

Puis survient la guerre 1914-1918 au cours de laquelle se produit une véritable hécatombe de vies humaines, ce qui met en veilleuse toute propagande néo-malthusienne.

Néanmoins, ses idées continuent à faire leur chemin mais, dans le deuxième quart du xx^e siècle, les diverses organisations en faveur du « Birth Control » s'éloignent peu à peu des principes néo-malthusiens et du point de vue démographique pour mettre l'accent sur le côté médical, psychologique et préventif de leur action dans la préservation de la santé publique et la défense de la liberté individuelle au regard de la conception.

Cette évolution ne peut être mieux concrétisée que par le changement de titre du journal de la ligue américaine pour le « Birth Control » qui, publié en 1935 sous le titre « Journal de la Contraception », paraît maintenant sous le titre « Fertilité Humaine », et par le fait que 60 % des collèges de médecins américains offrent à leurs étudiants des informations sur le B.C.

Récemment, la « Fédération Mondiale des Organismes de B.C. » a fait la mise au point suivante :

« L'espacement des naissances est rendu nécessaire par le seul fait que l'intervalle normal entre les naissances dans des conditions purement naturelles n'est pas suffisant. Cet intervalle trop court a des conséquences fatales pour les enfants et les mères, conséquences qui peuvent encore être aggravées par leur situation sociale, mais qui, d'abord, sont d'ordre biologique et que l'on retrouvera dans toute société, même dans une société socialiste. Il faut ajouter encore, qu'il y a pour chaque famille un nombre maximum d'enfants qui ne peut être dépassé sans que chaque membre de la famille n'en souffre physiquement et psychiquement. »

Du « Birth Control », on est passé au « Planning Familial » (P.F.) et à l'orthogénisme, c'est-à-dire à « l'étude de toutes les techniques visant à l'amélioration de la procréation humaine ». C'est là le but même du « Mouvement Français pour le Planning Familial » (M.F.P.F.).

Le « Planning Familial » se présente toutefois différemment dans les nations évoluées et dans les pays sous-développés. Dans les premières, c'est son aspect humain et individuel qui domine, tendant à développer l'harmonie du couple et de la famille. Dans les pays sous-développés, il est envisagé d'abord comme moyen de lutte contre l'expansion démographique, avec l'objectif final de concourir à une élévation du niveau de vie des individus et des familles ; ce n'est donc que secondairement qu'il favorise le facteur individuel.

Si l'on s'en tient aux nations évoluées, on peut dire que :

— *En U.R.S.S.*, si l'accroissement de la natalité est encouragé officiellement, celui-ci ne paraît pas incompatible avec la liberté totale des moyens anti-conceptionnels.

— *Aux Etats-Unis*, on estime que le B.C. est pratiqué par 90 % des femmes américaines et approuvé en tant que technique médicale par 97 % des médecins. La législation est variable selon les Etats. Dans deux Etats à majorité catholique, interdiction la plus stricte des moyens anti-conceptionnels ; simple autorisation de diffusion dans 33 Etats et intégrations des techniques anti-conceptionnelles dans les services de Santé Publique de 7 Etats.

— *En Angleterre*, où il n'y a jamais eu de loi interdisant l'usage des contraceptifs, la première clinique s'ouvrit en 1921. En 1961, 345 centres fonctionnent, dont les 4/5^e dépendent du Ministère de la Santé.

— *En Italie*, pays à majorité catholique, la loi fasciste de 1931, interdisant les publications et les conférences sur le B.C., est toujours en vigueur, mais, en 1953, s'est constituée l'Association Italienne pour l'Education Démographique, qui a ouvert une clinique de B.C. en 1956. A ce jour, il n'y a pas eu de poursuite, et, jusqu'ici, la Cour romaine n'a pas pris de sanctions.

— *La Hollande* va célébrer le quatre-vingtième anniversaire de l'ouverture de son premier centre de « Planning Familial ». Aujourd'hui, l'« Association » compte 160.000 adhérents et 35 centres.

— *En Allemagne*, en 1920, premier essai de création d'un centre dont l'action fut suspendue pendant l'occupation nazie. Depuis 1952, des centres naissent dans différentes villes.

NATIONS	AVORTEMENTS			BIRTH CONTROL		
	Légal ou toléré	Illégal sans exception	Illégal sauf raison médicale	Légal ou toléré	Encouragé	Illégal
Allemagne de l'Ouest .			+	+		
Allemagne de l'Est . .			+	+		
Australie	+		+	+		
Autriche				+		
Belgique		+				+
Canada			+			
Chine	+				++	
Danemark	+	+		+		
Espagne						+
Finlande						
France						
Grande-Bretagne			+	+	+	
Hollande			+	+		
Inde			+	+		
Israël			+	+		
Italie			+	+		
Japon			+		+	+
Norvège						
Nouvelle-Zélande . . .			+	+		
Pakistan					+	
Pologne						
Suède					+	+
Suisse	+			+		
U.R.S.S.			+			
U.S.A.			+			+

— *En Belgique*, où la législation est analogue à celle de la France, deux centres fonctionnent à Gand et à Anvers depuis quelques années.

— *Le Danemark* a réalisé la planification familiale la plus organisée, la plus nationalisée. Le premier institut national ouvert à Copenhague en 1905 est devenu, depuis 1939, un Service d'Etat. Le Ministère de la Santé a créé neuf instituts et des consultations ambulantes.

— *En Suède*, la Ligue pour l'Education Sexuelle fut créée en 1930. La loi sur les contraceptifs fut abolie en 1939. L'Association compte aujourd'hui 200.000 adhérents.

— *En Suisse*, l'article 211 du Code Pénal suisse interdit la propagande anti-conceptionnelle. Mais les termes de cet article sont imprécis et, en fait, la vente des contraceptifs est autorisée sur présentation d'une ordonnance.

En résumé, à l'heure actuelle, le B.C. est admis par les quatre cinquièmes de l'humanité.

CHAPITRE II

LA FRANCE : LES POSITIONS OFFICIELLES

Comment se présente le problème du « Birth Control » et du « Planning Familial » au regard des institutions officielles et des réactions de l'opinion publique en France ?

I. — POINT DE VUE LÉGAL

La loi du 23 juillet 1920, toujours en vigueur, réprime à la fois « la propagande anti-conceptionnelle » et « la provocation à l'avortement » :

« ART. 1. — Sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 36.000 francs à 1.080.000 francs qui-conque :

Soit par des discours proférés dans des lieux ou réunions publics ;

Soit par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publique, ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics, ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée ou non fermée, à la poste, ou à tout agent de distribution ou de transport, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affiches, dessins, images et emblèmes ;

Soit par la publicité de cabinets médicaux ou soi-disant médicaux ;

Aura provoqué un crime d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

« ART. 2. — Sera puni des mêmes peines quiconque aura vendu, mis en vente, ou fait vendre, distribué ou fait distribuer, de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, sachant qu'ils étaient destinés à commettre le crime d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni consommé ni tenté et alors même que ces remèdes, substances, instruments ou objets quelconques proposés comme moyens d'avortements efficaces seraient, en réalité, inaptes à le réaliser.

« ART. 3. — Sera puni d'un mois à six mois de prison et d'une amende de 36.000 francs à 1.800.000 francs quiconque, dans un but de propagande anti-conceptionnelle, aura, par l'un des moyens spécifiés aux articles 1 et 2, décrit ou divulgué, ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore de faciliter l'usage de ces procédés.

Les mêmes peines seront applicables à quiconque, par l'un des moyens énoncés à l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881, se sera livré à une propagande anti-conceptionnelle ou contre la natalité.

« ART. 4. — Seront punies des mêmes peines les infractions aux articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal, an XI, lorsque les remèdes secrets sont désignés par les étiquettes, les annonces ou tout autre moyen comme jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse, alors même que l'indication de ces vertus ne serait que mensongère. »

II. — POINT DE VUE RELIGIEUX

La France étant un pays à majorité catholique, la doctrine de l'Eglise dans le domaine du B.C. exerce une très grande influence.

PIE XI, dans l'Encyclique « *Casti Connubii* », s'exprime ainsi :

« Des époux dépravés qui s'appliquent à empêcher la venue de l'enfant et qui, s'ils n'y réussissent pas, ne craignent pas de le faire mourir. A coup sûr, si les deux conjoints en sont là, ils ne méritent pas le nom d'époux et si, dès le début, ils ont été tels, ce n'est pas pour se marier qu'ils se sont réunis, mais plutôt pour se livrer à la fornication. »

Et plus loin :

« Même avec la femme légitime, l'acte conjugal devient illicite et honteux dès lors que la conception de l'enfant y est évitée. C'est ce que faisait Onan, fils de Judas, ce pourquoi Dieu le mit à mort. L'acte de mariage est, par sa nature même, destiné à la procréation des enfants. Ceux qui

en l'accomplissant s'appliquent délibérément à lui enlever sa force et son efficacité agissent contre nature et font une chose honteuse intrinsèquement. »

Cependant, si l'Eglise s'oppose à la « limitation » des naissances, elle ne s'oppose pas à la « régulation » des naissances.

S'adressant aux membres du *Congrès National du Front de la Famille*, PIE XII déclarait, en effet :

« Nous affirmons la légitimité et en même temps les limites — à vrai dire fort larges — dans lesquelles peut s'exercer une régulation de la descendance qui, à la différence de ce qui est connu comme "contrôle des naissances", est compatible avec les lois de Dieu. Il est même permis d'espérer que la science réussira à assurer à cette méthode licite (méthode dite du rythme) une base d'une sécurité suffisante. »

Ce sont les moyens artificiels de prévenir les naissances (usage d'appareils ou de produits chimiques) que l'Eglise condamne en tant qu'intrinsèquement mauvais.

Cette position a été à nouveau précisée dans la déclaration de l'Assemblée des Cardinaux et Archevêques de France en mars 1961 :

« Parler sans plus de "contrôle" ou de "limitation" des naissances engage aussitôt dans une perspective matérialiste qui menace la personne humaine. »

« Au contraire, envisager une "régulation" des naissances, suivant les méthodes que la science enrichit progressivement de nouvelles précisions, implique la soumission consciente des époux à une règle supérieure de moralité dans les manifestations de l'amour humain. »

III. — ENSEIGNEMENT

De très timides essais commencent à peine à être tentés pour introduire des cours d'éducation sexuelle dans l'enseignement secondaire.

Aucun enseignement sur ces problèmes n'est donné dans les Universités et, particulièrement, aucun cours n'est prévu dans les Facultés de Médecine.

En fait, il existe encore en France un véritable « tabou sexuel », une barrière faite de préjugés sociaux, religieux, psychologiques, qui empêche d'aborder les problèmes sexuels comme un fait naturel, à la fois psychologique et physiologique, qu'il ne devrait y avoir aucune gêne à traiter au grand jour, alors qu'un mur de silence les entoure.

IV. — POINT DE VUE D'UNE PARTIE DU CORPS MÉDICAL SUR LES CONTRACEPTIFS

Non seulement les contraceptifs, quels qu'ils soient, ne sont jamais efficaces à 100 % — ce qui enlève beaucoup de leur intérêt — mais ils sont dangereux. Ils provoqueraient :

- des infections : métrites, salpingites, péritonites ;
- des stérilités définitives ;
- des frigidités, des névroses ;
- des troubles par manque d'imprégnation spermatique ;
- des tares infantiles.

V. — L'OPINION PUBLIQUE FRANÇAISE LE « PLANNING FAMILIAL » : PROBLÈME D'ACTUALITÉ

Malgré les positions officielles françaises, il faut reconnaître que la question du B.C. — ou mieux du P.F. — est à l'ordre du jour.

— De nombreux livres ont été publiés à ce sujet, depuis quelques années, aussi bien par les partisans que par les adversaires du B.C.

— En juin 1961, l'Assemblée Générale de l'*Association des Femmes Médecins* a demandé à l'unanimité que soit proposée la modification des articles 3 et 4 de la loi du 23 juillet 1920 sur la contraception en maintenant les articles 1 et 2 sur l'avortement.

— Le groupe socialiste a déposé sur le bureau de l'Assemblée Nationale, le 28 avril 1961, une proposition dans le même sens.

— De récents sondages d'opinion ont été faits, d'où il semble résulter que partisans et adversaires du P.F. sont à peu près à égalité en France.

— La télévision a consacré une émission à ce problème le 3 novembre 1961.

— Les articles parus dans la presse à ce sujet se multiplient.

— Enfin, des Centres d'Information sur le « Planning Familial » (dont nous parlerons plus loin en détail) se sont ouverts dans plusieurs villes de France.

Il est intéressant de signaler à ce propos l'ouverture à Grenoble (concurrentement au Centre ouvert par le M.F.P.F.) d'un organisme d'inspiration catholique, « Foyers Heureux », pour initier les couples aux « méthodes naturelles » de régulation des naissances.

CHAPITRE III

LES ARGUMENTS DES PARTISANS DU " PLANNING FAMILIAL "

I. — LA LOI DE 1920

De nombreuses observations ont été faites au sujet de cette loi, à la fois sur ses contradictions et sur ses échecs.

SES CONTRADICTIONS

La première — et non la moindre — est la confusion qui semble ressortir du texte même de la loi qui réprime d'une manière analogue l'avortement et l'anti-conception. Or, il existe évidemment une différence essentielle entre les deux : les moyens anti-conceptionnels empêchant la fécondation et les abortifs éliminant un œuf déjà fécondé et solidement implanté dans l'utérus. On peut être partisan de la contraception et demeurer résolument hostile à l'avortement pour des raisons morales, religieuses, sociales, psychologiques, physiologiques, etc., etc.

A noter que, dans le cadre même des articles 3 et 4 de la loi de 1920, une certaine propagande anti-conceptionnelle semble échapper aux foudres de la justice, telle celle faite autour de la méthode Ogino qui, peu à peu, évolue et ne prétend plus seulement indiquer à la femme ses périodes de fécondité, mais aussi — ce qui est une atteinte à la loi — ses périodes de stérilité.

Pas davantage, la loi n'empêche l'usage à des fins anti-conceptionnelles des préservatifs masculins vendus comme anti-vénériens et dont la vente a atteint près de 22 millions d'unités en 1960.

Sur le plan purement juridique, la loi de 1920 est en opposition avec un des grands principes du droit pénal français, selon lequel on n'incrimine que des actes vrais, jamais des idées.

La loi de 1920 est également en contradiction avec l'article 63 du Code Pénal qui poursuit la non-assistance à une personne en danger, puisque le médecin n'a pas le droit d'indiquer à une femme des méthodes anti-conceptionnelles, même quand une maternité risquerait de mettre sa vie en danger. La loi suscite ainsi des pratiques dangereuses. Il n'est pas douteux que la contraception est pratiquée en France sur une grande échelle, mais mal pratiquée et, en conséquence, souvent néfaste.

La loi de 1920 enfreint aussi, pour les mêmes raisons, la Charte de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui déclare que

« la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Ce principe n'est pas respecté lorsque des femmes se voient refuser des conseils de contraception nécessaires au maintien de cet équilibre physique et psychique.

La loi maintient une injustice sociale intolérable, dont les principales victimes sont les femmes de condition modeste. Les plus instruites ou les plus fortunées trouvent des expédients pour régler leur fécondité.

La loi ne respecte pas la liberté individuelle dans un domaine où chacun doit pouvoir prendre personnellement ses responsabilités, aussi bien le médecin dans ses prescriptions que les couples dans leur décision d'avoir ou non des enfants.

SES ECHECS

La loi de 1920 est une loi de circonstances votée au lendemain de la guerre de 1914-1918, au cours de laquelle un million et demi de français avaient trouvé la mort. Il s'agissait alors, dans l'esprit du législateur, d'amener ainsi un accroissement du taux de la natalité. Cette loi n'atteignit pas son but, puisque le taux de la natalité ne cessa de décroître en France pendant quinze ans et que c'est seulement à partir de 1936 — lorsque les allocations familiales furent votées — que l'on vit remonter la courbe des naissances.

En fait, la loi de 1920 n'a réussi à empêcher ni les avortements ni l'emploi de méthodes contraceptives.

En France, les chiffres avancés concernant les avortements provoqués sont les suivants : de 400.000 à un million par an pour 800.000

naissances, selon les estimations, soit un avortement provoqué pour deux naissances en s'en tenant aux évaluations optimistes. (Ces manœuvres étant deux fois sur trois le fait de femmes mariées, déjà mères de famille.)

A titre comparatif, aux U.S.A., pays de « Birth Control », le pourcentage des avortements clandestins par rapport aux naissances est de 1 à 4, avec une législation analogue sur les avortements.

En France, malgré la loi, l'avortement n'apparaît pas comme « immoral » pour des milliers de couples et il ne pose même pas pour ceux-ci de problème de conscience.

De plus, la répression pénale est totalement inefficace :

« Un demi-million d'avortements provoqués, 234 aboutissent devant les tribunaux correctionnels : il suffit de comparer ces deux chiffres pour, en toute bonne foi, être fixé sur l'action répressive en cette matière »,

déclarait le Professeur PIEDELIÈVRE devant la *Société de Médecine Légale*, en 1944.

Puisqu'elle n'empêche pas les avortements, le seul résultat de la loi de 1920 est d'obliger celles qui y ont recours à les pratiquer dans la clandestinité.

Aux dangers de tout avortement provoqué : sur le plan de la simple morale naturelle, suppression d'une vie humaine, s'il réussit ; troubles des relations mère-enfant dus à des essais infructueux et malformations de l'embryon ; dans tous les cas, risques graves de stérilité secondaire pour la mère, s'ajoutent ceux créés par l'obligation de la clandestinité, qui incite la femme à s'adresser à n'importe quel moyen ou à n'importe quel opérateur, qui mettent sa santé — et parfois sa vie — en danger. Paradoxalement, la rigueur de la loi à l'endroit des professions médicales ou para-médicales dans ce domaine ne fait qu'aggraver les risques connus pour les malades.

Pas davantage, la loi de 1920 n'a empêché l'emploi des méthodes contraceptives, dont certaines jouissent d'ailleurs de l'impunité quant à leur diffusion : méthode Ogino, complétée par celle des températures, chromotest, étreinte réservée, coït interrompu, « condoms ». L'interdit ne subsiste que pour les préservatifs féminins complétés par les spermicides employés à l'étranger.

Si la loi de 1920 a ainsi échoué dans tous les domaines, c'est tout simplement, disent ses détracteurs, qu'elle n'est pas en accord avec les mœurs actuelles et les besoins ressentis par la majorité des couples de préserver à la fois l'harmonie de leurs rapports et leur droit d'avoir des enfants au moment qu'ils jugeront opportun.

II. — RÉPONSE A LA POSITION DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE

Comme nous l'avons vu, l'Eglise Catholique admet la régulation des naissances, mais seulement de trois façons :

- par l'abstinence ;
- par la continence périodique ;
- par l'étreinte réservée ;

tous moyens considérés par elle comme « naturels ».

Donc, la légitimité du « Planning Familial » a été reconnue par le Vatican et seules sont en discussion des questions de techniques.

Mais où passe la frontière entre méthodes naturelles et méthodes contre-nature ?

Il est à remarquer, à ce propos, que l'étreinte réservée est interdite parce que contre-nature par la religion judaïque.

D'autre part, comment l'Eglise tolère-t-elle alors l'accouchement sans douleur, contraire à la parole de l'Écriture : « Tu enfanteras dans la douleur » ?

Comment tolère-t-elle aussi que les enfants naissent selon un « rythme médical » et non selon un « rythme physiologique », lorsque le médecin décide de hâter ou de retarder l'accouchement ?

L'anesthésie, l'immunisation contre les infections, le port d'une prothèse pour un mutilé ne vont-ils pas aussi contre les lois de la nature et pourtant l'Eglise les admet.

N'y a-t-il pas un certain pharisaïsme dans les subtiles distinctions apportées dans le domaine des méthodes anti-conceptionnelles par l'Eglise Catholique ?

Dans le numéro que la revue chrétienne *Esprit* a consacré en novembre 1960 à la sexualité, le médecin catholique Jacques SORANO fait le procès de la casuistique sur l'acte complet ou incomplet par exemple et la méthode Ogino :

« Je ne parviens pas à discerner une frontière entre le calcul plus ou moins laborieux des jours féconds et les autres moyens anti-conceptionnels. La seule différence est grossièrement matérielle et c'est être matérialiste que d'en faire un critère pour distinguer actes sexuels complets et incomplets. Le préservatif mental vaut bien le physique ou le chimique : plus grave même, car la restriction est mentale, et se tient quitte de ce qu'elle n'a rien utilisé de visible, bonne conscience pharisienne. Ce n'est pas le geste matériel mais son esprit qui dénature un acte. »

Il est certain, de plus, que l'instinct sexuel déborde largement l'instinct de reproduction et qu'il y a dissociation de fait entre la sexualité et la procréation. L'Eglise le reconnaît bien puisqu'elle admet un mariage entre personnes ne pouvant engendrer de descendance.

L'Eglise revisera certainement sa position un jour. Il y a déjà loin de l'Encyclique « *De casti connubii* » où PIE XI déclarait que « même avec la femme légitime, l'acte conjugal devient illicite et honteux, dès lors que la conception de l'enfant y est évitée », à PIE XII qui a admis la légitimité de la méthode Ogino.

Il est d'ailleurs certain que, même parmi les catholiques, beaucoup de couples et même de prêtres interprètent très largement les directives de Rome, non seulement en matière de contraception, mais aussi en matière d'avortement. D'après des statistiques établies par un médecin de Genève, les Françaises représenteraient 35 % des femmes venues consulter en vue d'un avortement et ces Françaises étaient toutes, excepté une seule, catholiques.

POSITION DES AUTRES CONFESSIONS RELIGIEUSES

• ISRAÉLITES

L'acte sexuel est à la fois « fonction d'intimité et fonction de procréation » et il est défendu de favoriser la première aux dépens de la seconde. En conséquence, les moyens anti-conceptionnels sont prohibés, sauf quand « une grossesse risquerait de mettre la vie de la mère ou, éventuellement, de l'enfant en danger ». De toutes façons, il est interdit à l'époux d'en prendre l'initiative ; la femme, seule, peut être autorisée à prendre des mesures anti-conceptionnelles.

• MUSULMANS

Pour le Professeur BOUBAKEUR, directeur de l'Institut Musulman de la Mosquée de Paris, la contraception est permise dans les cas suivants :

— Quand l'enfantement compromet la santé de la mère.

— Quand les conjoints redoutent une gêne matérielle pour eux-mêmes et pour leurs enfants. Mais le contrôle des naissances est subordonné au consentement de la femme, l'émission de sperme hors du vagin par retrait de l'organe mâle, risque, en effet, de la frustrer « de la plénitude d'une jouissance qui fait partie de ses droits imprescriptibles sur son conjoint ».

● PROTESTANTS

Trois principes peuvent résumer la position de l'Eglise réformée quant au mariage et au contrôle des naissances :

— La fin première du mariage n'est pas la venue de l'enfant, mais l'unité profonde de l'homme et de la femme dans un amour partagé.

— Les protestants ne condamnent pas la sexualité en tant que telle.

— Le mari est responsable devant Dieu de sa femme, la femme est responsable devant Dieu de son mari et tous les deux sont responsables devant Dieu de leurs enfants.

Dernièrement, le Conseil National de l'Eglise Réformée de France (en 1956) a pris très nettement position en faveur du contrôle des naissances :

« Selon l'Ecriture, les enfants, pour des époux, sont un devoir et une joie. Tout foyer doit souhaiter cette bénédiction et s'en montrer digne. Mais cela ne signifie pas que l'union physique soit pécheresse en dehors d'une volonté de procréation. Elle est en soi une expression voulue par Dieu de la communion des époux, suivant la parole biblique. " Ils seront une même chair ". »

III. — FORMATION DES MÉDECINS

L'étude des problèmes posés par les rapports sexuels, tant sur le plan moral, psychologique, social que physiologique, doit faire partie intégrante des études de médecine, puisque tous les médecins sont appelés à aider, chaque jour, des couples à les résoudre. Il s'agit, notamment, en ce qui concerne la contraception, d'une branche de la médecine préventive et les médecins devraient, là comme ailleurs, bénéficier de la liberté de prescription, comme à l'étranger. Mais, pour qu'ils puissent en user à bon escient, encore faut-il qu'ils soient informés d'une manière objective des avantages, inconvénients ou même dangers des méthodes contraceptives et qu'ils apprennent à faire taire leurs opinions personnelles pour n'avoir plus que des réactions professionnelles. Ainsi, un médecin catholique devrait pouvoir tout aussi bien donner des conseils contraceptifs à ses clientes qu'un avocat catholique peut plaider un divorce, alors que l'Eglise Catholique ne l'admet pas pour ses fidèles.

IV. — ÉDUCATION SEXUELLE

L'enseignement secondaire actuel — malgré quelques timides tentatives — laisse l'adolescent dans l'ignorance complète du partenaire de l'autre sexe, et, brusquement, il se trouve tout à coup en milieu mixte, sans aucune préparation. L'enseignement supérieur lui-même, d'ailleurs, reste fondé sur le seul souci du développement de l'intellectualité.

Or la promotion humaine — dans le domaine sexuel comme dans tout autre — ne peut se faire que par l'éducation, mais une éducation sexuelle intégrale, c'est-à-dire ne taisant pas les moyens propres à régler la procréation, conséquence de l'acte sexuel. En particulier, l'éducation des filles est indispensable. Cette éducation ne peut être « simple information, mais elle doit se faire avec la collaboration des parents dans un contexte affectif qui la porte et lui confère sa signification ».

En un mot, il ne faut pas continuer « à confondre innocence avec ignorance ».

V. — RÉPONSE AUX OBJECTIONS MÉDICALES FAITES A L'USAGE DES CONTRACEPTIFS

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est évident — et les partisans du « Planning Familial » sont les premiers à le reconnaître et même à le proclamer — qu'il n'existe aucune méthode anti-conceptionnelle parfaite, aucune réponse passe-partout aux questions que posent les couples pour apprendre à espacer comme ils le désirent les naissances de leurs enfants. Dans ses conseils, le médecin doit tenir compte de l'éducation, des réactions émotionnelles, du comportement psychologique, de la confession religieuse de ceux qui le consultent.

Quant aux méthodes anti-conceptionnelles elles-mêmes, toutes ont leurs avantages et leurs inconvénients : la méthode idéale n'existe pas.

A) LES METHODES EN USAGE EN FRANCE

• LA CONTINENCE PÉRIODIQUE « AMÉLIORÉE »

Le couple limitera les rapports sexuels aux périodes où la femme est supposée stérile : méthode Ogino-Knaus, perfectionnée par la

prise de température grâce à laquelle, dans une certaine mesure, la femme peut situer son ovulation. D'après OGINO et KNAUS, l'ovulation ne se produit jamais avant le seizième jour ni après le douzième jour qui précèdent les règles. En outre, l'ovule, une fois pondu, se nécrose rapidement et ne peut être fécondé que pendant deux jours. Quant aux spermatozoïdes, ils ne conserveraient leur pouvoir fécondant que trois jours au maximum. Pour éviter la conception, il suffit de s'abstenir pendant les trois jours qui précèdent la date de l'ovulation la plus précoce (seize jours avant les règles) et pendant les quarante-huit heures qui suivent la date d'ovulation la plus tardive (douze jours avant les règles).

Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'existe aucun moyen de prévoir à l'avance la date de l'ovulation et tout rapport qui a lieu avant l'ovulation risque d'être fécondant.

Pratiquement, seule la phase d'hyperthermie pré-menstruelle, décelée grâce à la courbe de température basale, témoigne de l'existence d'une ovulation antérieure. Tant que l'on n'a pas constaté le plateau d'hyperthermie, tout rapport risque d'être fécondant.

La température rectale doit être prise le matin, dès le réveil, à la même heure, avant tout lever.

Bien entendu, cette méthode de la courbe de température basale doit être poursuivie aussi longtemps que l'on désire éviter une naissance.

On recommande aux usagers de la méthode la prudence, en restreignant à la période post-ovulatoire, la certitude de rapports non féconds. C'est qu'en fait il n'existe aucun test certain d'ovulation en dehors de la découverte opératoire de l'ovule ou de la constatation d'une grossesse.

La méthode vaut surtout par la manière dont on l'applique.

Le Docteur HOLT a conçu, pour déterminer la période stérile du cycle, un indicateur, le « Datomètre », « tellement simple, dit-il, que tout un chacun peut s'en servir ».

Voici la description de cet indicateur :

« L'indicateur possède deux fenêtres rectangulaires, chacune contient six fois six petits casiers. On le place sur le calendrier, en le faisant glisser le long de la courbe thermique, de façon que les casiers du calendrier et ceux de l'indicateur se suivent. Quand la fenêtre inférieure a dépassé, sur le calendrier, le dernier jour de la première période stérile, on essaie de placer l'indicateur de telle manière que s'inscrivent simultanément six points thermiques dans la fenêtre inférieure et trois consécutifs dans la fenêtre supérieure. De ces derniers trois points, le plus à droite indique le premier jour de la deuxième période stérile. »

L'emploi de cet indicateur n'est pas tellement simple et ce n'est pas là un des moindres obstacles à la méthode des températures.

De plus, les nuits des jeunes mères, souvent coupées par les soins à donner aux enfants, sont rarement assez calmes pour permettre la prise de température dans les conditions requises.

De même, la période de sécurité extrêmement réduite de cette méthode ne peut convenir à des couples ayant des besoins sexuels intenses ou qui, par suite d'obligations professionnelles ou autres, ne se rencontrent qu'aux « périodes dangereuses ».

• LE RAPPORT INTERROMPU

La méthode de la continence périodique est d'acquisition récente. La pratique du rapport interrompu est vieille comme le monde.

Le rapport interrompu consiste dans le retrait brutal du pénis immédiatement avant l'éjaculation pour qu'elle ait lieu dehors.

Une telle pratique suppose de la part du partenaire de l'entraînement, la perception nette du premier jet et une excitation modérée qui laisse quelque maîtrise de soi ; l'efficacité en est très grande quand il n'y a pas de faute de technique. Malheureusement, les défaillances sont multiples.

Le premier jet est le plus riche en spermatozoïdes et, par conséquent, vraisemblablement, celui qui est à l'origine de la plupart des enfants. Cette non perception du premier jet est responsable d'un grand nombre de grossesses non désirées.

Une autre cause d'erreur fréquente — dans la pratique du rapport interrompu — est, après un premier rapport, l'accumulation de spermatozoïdes dans l'urètre. Ils y survivent deux heures, c'est ce qui explique la possibilité d'une fécondation si un rapport a lieu moins de deux heures après le premier. Il est donc recommandé d'uriner et de pratiquer un lavage soigneux pour éviter cet inconvénient.

Les inconvénients de cette pratique, outre son insécurité, ne sont pas non plus négligeables : l'homme a un plaisir amoindri, du fait de ce contrôle permanent qu'il s'impose, de l'anxiété qui peut en résulter ; à la longue, elle retentit sur son état nerveux et son comportement. La femme devient souvent aussi frigide à la suite du rapport interrompu.

A noter que le rapport interrompu est formellement condamné par l'Eglise Catholique romaine qui, cependant, admet une pratique voisine, le « coïtus dimidiata », qui consiste dans un retrait partiel pour éjaculer dans la partie externe du vagin ; les chances de fécondation en sont diminuées mais pas éliminées.

● LES PRÉSERVATIFS MASCULINS

L'usage des préservatifs masculins ou « condoms » remonte à l'Antiquité. Il consiste à coiffer d'une membrane, aujourd'hui en caoutchouc, le pénis avant le rapport, pour recueillir le liquide d'éjaculation.

Pour la mise en place, l'érection doit être plus complète que celle nécessaire à la pénétration vaginale, ce qui est un des inconvénients de cette méthode. Par ailleurs, l'interposition de cette membrane, si mince soit-elle, entre le pénis et le vagin, altère les perceptions sensibles et peut suffire à empêcher l'éjaculation chez certains hommes.

Pour sentir le contact vaginal, beaucoup d'usagers des préservatifs attendent, pour les mettre, le moment qui précède l'éjaculation. Ils s'exposent, dès lors, aux mêmes risques que ceux du rapport interrompu. Enfin, le rapport avec condom présente, en fin de course, d'autres inconvénients : si le mari ne s'est pas retiré, le sperme peut fuser à la base du préservatif avec la rétraction du pénis et une fécondation peut survenir.

● LA DOUCHE VAGINALE

Elle est aussi fréquemment usitée en France. Elle consiste, aussitôt après un rapport ayant abouti à l'éjaculation intra-vaginale, à se laver la cavité vaginale à l'eau froide ou chaude, additionnée ou non de produits variés.

Les causes d'erreurs sont multiples et rendent cette méthode d'espacement des naissances souvent peu efficace.

Le sperme est éjaculé en profondeur dans les replis de la muqueuse vaginale. Le jet de la douche vaginale doit donc être puissant pour les chasser entièrement, sans parler du fait que les spermatozoïdes s'agglutinent dans la glaire cervicale d'ovulation et y restent prisonniers.

● RAPPORTS DÉVIÉS

Beaucoup de couples, pour ne plus avoir d'enfants, ont des rapports extra-vaginaux, qu'ils avouent rarement. Les deux extrémités du tube digestif sont détournées de leur destination naturelle.

Il n'est pas rare que la femme n'en éprouve pas de plaisir, mais de la répulsion, et que le retentissement en soit fâcheux sur la vie du couple. Il en est de même lorsque l'homme se contente de rapports entre les cuisses de sa partenaire, ce qui ne met pas toujours, d'ailleurs, une femme à l'abri de la grossesse.

• L'ÉTREINTE RÉSERVÉE

C'est en améliorant le réflexe masculin que le Docteur Paul CHAUCHARD pense apporter une solution au problème de l'espacement des naissances. Pour lui :

« C'est en effet un préjugé de croire que l'acte sexuel doit obligatoirement être complet, c'est-à-dire aboutir à l'éjaculation et l'orgasme. S'il y a un devoir de maîtrise du réflexe, il n'y a pas de devoir et d'obligation de jouissance totale. Il serait anormal et dangereux de n'aller jamais jusqu'à cette conclusion... Il serait mauvais de stopper la conclusion par une acrobatie difficile de qui se retient à la limite : il faut, si on veut ne pas conclure, prendre une séquence maîtrisée d'une amplitude moindre qui ne comporte pas la conclusion complète... Le couple qui se veut normal doit donc ainsi disposer de toute une variété d'actes conjugaux, de la simple excitation génitale, sans intromission ni éjaculation ou orgasme à l'union maîtrisée et limitée aboutissant à l'apaisement sans éjaculation et orgasme, n'en comportant pas moins une communion sexuelle bien plus valable et satisfaisante que l'absence d'intromission et à l'union complète qui n'est humaine que si elle est maîtrisée, c'est-à-dire que la conclusion n'en est pas réflexe, mais déclenchée d'un commun accord, plus senti que parlé, quand le moment en est venu. Il s'agit d'une sage maîtrise des fonctions de sensualité et de procréation, qui saura utiliser la connaissance des périodes de stérilité féminine basée sur la conscience toujours plus précise de l'ovulation et la possibilité de la régulariser, pour choisir la modalité variable d'union. »

Cette méthode ne manque certes pas de valeur éducative dans le développement de la maîtrise de soi et de la spiritualité. Mais, il est certain que tous les couples ne peuvent y atteindre. D'ailleurs, il n'est pas sûr que son application soit souhaitable car, *a priori* tout au moins, elle semble être facilement génératrice de névroses chez les deux partenaires, surtout si elle est pratiquée uniquement dans un but contraceptif — ce qui sera le cas de la majorité des couples — et non dans un contexte nécessaire de recherche spirituelle.

B) LES DIFFÉRENTES MÉTHODES EN USAGE
DANS LES PAYS OU EXISTE LE B.C.

Dans les centres de « Planning Familial », la femme qui vient consulter est d'abord interrogée sur les raisons pour lesquelles elle désire surseoir à une nouvelle grossesse par une assistante sociale, qui établit une fiche mentionnant notamment son état de santé, celui des enfants déjà là, les méthodes anti-conceptionnelles qu'elle a pu expérimenter ou dont elle a déjà entendu parler, sa religion et, enfin, le montant de ses revenus, dont dépendra le prix de la consultation.

Suit un exposé technique où, à l'aide d'une maquette, les femmes apprennent comment elles sont constituées et le principe des contraceptifs que va leur conseiller le médecin. Puis celui-ci complète l'interrogatoire, examine la femme et lui donne les conseils appropriés.

Souvent, il lui sera prescrit d'user elle-même d'un préservatif. Ce préservatif devra être ajusté au mieux et son emploi réclame, au préalable, une étude approfondie par le médecin et un entraînement de la part de la femme.

Lorsque le médecin a choisi, en fonction de son examen local, cape cervicale ou diaphragme, la femme est remise entre les mains d'une monitrice qui lui explique la façon de mettre et d'enlever cet obturateur.

Puis le préservatif choisi est remis à la femme, qui repart pour faire chez elle, dans les quinze jours qui suivent, son entraînement.

Elle étudie, en particulier, sa tolérance vis-à-vis de la cape, s'habitue à la mettre et à l'enlever et observe son adhérence.

Ensuite, vient la visite de contrôle où la femme se présente avec sa cape en place depuis plusieurs heures. C'est alors que, tenant compte des observations de la femme et de ce second examen, le médecin décide du choix définitif du préservatif.

● CAPES ET DIAPHRAGMES

Les préservatifs féminins sont schématiquement de deux sortes :

- les uns : « capes cervicales », sont destinés à être placés sur le col utérin. Il en existe de multiples formes et tailles ;
- les autres : « diaphragmes », divisent le vagin en deux parties, l'une postérieure, l'autre antérieure, l'anneau du diaphragme appuyant sur la paroi pelvienne.

C'est selon la conformation de la femme que doit être choisi l'appareil obturateur.

La cape cervicale est théoriquement, et souvent pratiquement, plus souhaitable, puisqu'elle laisse libre toute la muqueuse vaginale.

Elle est appréciée psychologiquement par la femme à cause de sa petite surface comparée à celle relativement beaucoup plus étendue du diaphragme vaginal.

Elle peut être prescrite quand le col est sain, régulier et accessible.

Il faut qu'elle soit assez profonde pour que l'anneau atteigne la base du col, assez large pour ne pas le serrer, assez étroite pour l'engainer.

C'est avec un seul doigt vaginal qu'il est possible de s'assurer de sa bonne dimension que l'on apprécie en tentant de la mobiliser latéralement et de la faire basculer sur le col. L'index doit fournir un certain effort pour le désinsérer, et ce sera un des éléments d'appréciation de la taille à choisir.

La position du col entre également en jeu dans le choix d'une cape.

Autant celle-ci se présente bien sur un col dans l'axe du vagin, autant elle est à déconseiller sur un col très postérieur et regardant en bas, car l'anneau se présentant latéralement, la cape risque d'être désinsérée au cours du coït et, d'ailleurs, peut gêner le conjoint qui la perçoit désagréablement.

Lorsque le col est très haut placé et, par conséquent, difficilement accessible par la femme, la cape cervicale est contre-indiquée.

Dans tous les cas, il faut étudier l'ajustement du diaphragme vaginal dont l'anneau s'appuie au pourtour de la cavité vaginale.

Le diaphragme vaginal convient aux femmes ayant une bonne musculature vaginale. En effet, en avant l'anneau s'insère derrière la symphyse, dans la fossette rétro-symphysaire. Si cette fossette s'efface à l'effort, l'anneau se désinsère et l'occlusion est mauvaise. Si la fossette ne se déforme pas à l'effort, l'anneau du diaphragme, en avant, s'inclut presque dans la paroi. De ce fait, au cours du coït, il n'est pas perceptible.

La taille du diaphragme doit être choisie minutieusement. S'il est trop petit, non seulement il ne réalise pas une bonne occlusion, mais il peut être senti par le partenaire. Trop grand, il est mal supporté par la femme qui ressent un appui sur la paroi. Choisi à la bonne taille, la femme ne le sent pas, même après l'avoir porté plusieurs heures, et le partenaire ne le perçoit pas.

Pour le choix de la taille d'un diaphragme, il faut tenir compte de la réplétion intestinale qui peut modifier notablement les mesures à prendre : il faut toujours examiner une femme ayant l'intestin et la vessie libres.

La dimension des diaphragmes varie de 2,5 mm en 2,5 mm, depuis les plus petites tailles : 60, 62,5, 65, jusqu'aux plus grandes : 80, 82,5, 85, etc.

Les femmes doivent être vues par leur médecin deux fois :

- la première fois pour qu'il ajuste l'obturateur et qu'il leur apprenne à le mettre et à l'enlever ;
- la seconde fois, pour contrôler si tout est bien compris et expliquer l'usage effectif au cours de la vie sexuelle.

L'efficacité des préservatifs féminins ne s'envisage qu'avec un produit chimique : gelée ou crème, dont la composition est étudiée dans des laboratoires spécialisés. Ce produit chimique réalise l'étanchéité la plus effective du col au regard des spermatozoïdes, la cape étant là, d'abord, pour éviter la projection directe du sperme dans la cavité utérine et, secondairement, pour servir de support à la gelée.

Après les rapports, il est bien recommandé de laisser la cape ou le diaphragme en place au moins pendant huit heures.

Les inconvénients psychologiques que l'on attribue souvent à l'usage des préservatifs féminins sont exceptionnels, disent les médecins, qui les recommandent — et sont dus à des mauvaises conditions psychologiques qui tiennent à la femme elle-même, mais surtout à une mauvaise technique d'enseignement. Lorsque le couple a su s'y adapter — psychologiquement — ce qui est le cas, le plus souvent, non seulement le plaisir est le même, mais, bien souvent, il est accru — du fait de la détente qui résulte de l'emploi d'une méthode plus sûre.

Dans les études faites sur les contraceptifs dans les pays anglo-saxons, il est remarquable de voir les différences manifestes de l'efficacité de l'usage d'une même méthode selon les villes où les résultats ont été enregistrés : selon la population observée, son niveau et surtout l'intérêt que les femmes prennent à réussir l'espacement de leurs enfants, les taux de natalité varient plus que du simple au double.

C'est aussi une constatation du même ordre qui fait que les résultats sont meilleurs en clientèle privée ou dans les centres de P.F. qu'en clientèle hospitalière où, dans certains pays, un enseignement est systématiquement donné aux femmes, même à celles qui ne sont pas intéressées.

Dans la revue *Gynécologie Pratique* (*), le Docteur LAGROUA-WEILL-HALLÉ donne les résultats de l'efficacité des préservatifs féminins observés chez 86 femmes.

Les auteurs anglo-saxons apprécient l'efficacité d'une méthode contraceptive non pas au pourcentage de succès ou d'insuccès obtenu par rapport au nombre de femmes qui ont employé un contraceptif, mais en calculant le pourcentage de natalité par rapport au nombre de mois d'exposition à la grossesse. Ils pensent ainsi aboutir à une plus juste estimation.

(*) N° 4, mars 1960.

C'est Raymond PEARL, en 1930, qui a le premier mis au point la formule qui porte son nom :

$$R = \frac{\text{nombre de conceptions} \times I}{\text{nombre de mois d'exposition}}$$

Les 86 femmes observées par le Docteur LAGROUA-WEILL-HALLÉ totalisent 1.066 mois d'exposition.

Quatre d'entre elles ont interrompu volontairement l'usage de la contraception pour devenir enceintes. Elles ont chacune mené une grossesse à terme. Chez ces quatre femmes, on n'a tenu compte pour le nombre de mois d'exposition précités, que de ceux où elles ont employé la méthode.

Pour les 1.066 mois d'exposition, 7 grossesses non désirées ont été enregistrées.

Sur ces 7 grossesses ont été distinguées les grossesses dues à une erreur ou à une négligence reconnue par la femme (rapports sans diaphragme ou oubli de la gelée) et celles dues à une faute de la méthode.

— Erreur ou négligence de la femme	5
— Faute de la méthode	2

Appréciation de l'efficacité de la méthode :

Taux de grossesse pour 100 années d'exposition :

— calculé pour les 7 grossesses :

$$\frac{7 \times 1.200}{1.066} = 7,8$$

— calculé pour les 2 grossesses :

$$\frac{2 \times 1.200}{1.066} = 2,2$$

• LA PILULE CONTRACEPTIVE

La presse fait état périodiquement d'un moyen idéal de contrôle des naissances qui serait la pilule contraceptive. Cette pilule existe-t-elle ? Quelle est son efficacité ? Quels sont ses inconvénients ?

Beaucoup de chercheurs se sont mis en quête d'un produit qui, à un stade ou à un autre, empêcherait la fécondation.

SIEVE, de Boston, avait cru trouver une substance capable de s'opposer à la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule : c'était l'hespéridine phosphorylée. Ses premiers résultats ne se sont pas confirmés.

D'autres, à Calcutta (SANYAL et S. GHOSH), ont tenté d'empêcher la préparation de l'endomètre à la nidation par l'absorption au sixième

et au vingt et unième jour du cycle par la femme de 300 mg de métaxylhydroquinone.

Deux savants du Massachusetts, le Docteur Gregory PINCUS et le Docteur John ROCK, ont mis en évidence l'action de la progestérone comme inhibiteur de l'ovulation.

Des études cliniques ont été faites et il est certain que l'absorption de la pilule empêche la femme d'ovuler.

Le produit le plus courant est le 17-éthynyl-5 (10) estraenolone combiné à un produit à faible action œstrogénique : l'éthynyl-estradiol-3-méthyl-éther.

Absorbé du cinquième au vingtième jour du cycle, à une dose qui peut varier de 10 à 20 mg, ce produit inhibe l'ovulation, mais laisse à la femme un écoulement menstruel normal qui survient quelques jours après l'arrêt du médicament.

Aux Etats-Unis, d'autres produits de formule voisine ont été mis sur le marché, comportant dans leurs applications la mention « anti-ovulant ».

Il est bien mentionné de ne pas s'en servir pour cet usage pendant plus de 24 cycles.

De pareils produits sont utilisés aux Etats-Unis pour traiter des troubles ovariens fonctionnels ou pour retarder à la demande la venue des règles quand il s'agit d'artistes ou de championnes olympiques.

Mais l'absorption de ces drogues a parfois des inconvénients (17 % des cas environ) : en dehors des intolérances digestives, on peut constater une prise de poids, une augmentation du volume des seins, sans compter des saignements intercurrents lorsque les doses sont trop faibles.

Quant à l'avenir des femmes dont l'ovulation est inhibée ainsi de longs mois, les premières observations n'ont pas mis en évidence de désordres graves, ni une irréversibilité de la fonction ovarienne, qui reprend normalement dès que l'absorption de la pilule est suspendue.

La pilule est probablement la solution d'avenir mais, cependant, elle n'est pas encore au point.

A l'heure actuelle, il semble, de l'avis des médecins qui ont l'expérience de l'emploi des méthodes contraceptives, que les procédés les plus efficaces sont, jusqu'à nouvel ordre, les préservatifs masculins ou, mieux encore, les préservatifs féminins joints à des produits chimiques et combinés, par mesure de sécurité supplémentaire, à une courte période de restriction (continence ou coït interrompu) située aux jours présumés fertiles de la femme, le préservatif étant toujours en place, quelle que soit la période du mois.

En dehors de leur efficacité, qui est encore imparfaite, puisque les partisans de ces méthodes préconisent l'association de plusieurs procédés pour avoir la certitude maxima d'espacer les naissances comme on le désire, nous avons vu plus haut que d'autres reproches — fort importants — ont été faits à l'ensemble des contraceptifs qui provoqueraient, rappelons-le :

- des infections : métrites, salpingites, péritonites ;
- des stérilités définitives ;
- des frigidités et des névroses ;
- des troubles par manque d'imprégnation spermatique ;
- des tares infantiles.

Faute d'expériences possibles en France, il faut avoir recours à l'opinion des médecins étrangers qui ont étudié ces méthodes.

Dans une lettre adressée au Docteur FABRE, de Grenoble, le Docteur Mary CALDERONE, médecin-directeur de la « Planned Parenthood Federation of America », fondée il y a quarante ans, écrit :

« Il n'est absolument pas question d'accidents, lorsque les contraceptifs sont correctement utilisés. Le diaphragme et les spermicides n'ont jamais été à l'origine de stérilités définitives, de frigidité, de troubles par manque d'imprégnation spermatique et d'enfants tarés... C'est ce qu'affirme l'Association médicale américaine, lorsque, en 1955, elle publie une " Liste officielle des contraceptifs ". De plus, 43 écoles de médecine des Etats-Unis viennent de commander, pour leurs étudiants, plus de 6.000 exemplaires de l'ouvrage de M. DICKINSON, professeur à la Faculté de Médecine de Long Island, traitant des méthodes anti-conceptionnelles. Ce sont là des preuves flagrantes de l'innocuité absolue des contraceptifs, lorsqu'ils sont correctement choisis et utilisés. »

Les contraceptifs sont-ils à l'origine d'infections ?

Il existe de très nombreuses observations françaises de salpingites, de péritonites provoquées par des pessaires intra-utérins. C'est vrai, mais il faut noter que, précisément, les pessaires intra-utérins sont condamnés dans les pays de birth control et que leur mise en place par un médecin y est considérée comme une faute professionnelle et punie comme telle.

Sont-ils à l'origine de stérilités définitives ?

Il est certain que toutes les causes d'infection peuvent créer des stérilités. C'est une des raisons pour lesquelles les pessaires intra-utérins sont proscrits. De même, les brûlures du vagin par caustique peuvent empêcher la procréation. Mais l'expérience des pays de birth control prouve que l'association diaphragme ou capuchon et gelée spermicide ne stérilise que pendant la durée de son emploi.

D'après des statistiques américaines, 25 à 30 % des femmes sont enceintes dans le mois, et plus de 50 % dans les trois mois qui suivent l'abandon du contraceptif.

Des troubles par défaut d'imprégnation spermatique ?

Il n'est pas douteux que les rapports sexuels agissent favorablement sur l'organisme féminin. On a voulu expliquer ceci par une résorption de certaines substances contenues dans le sperme par la muqueuse vaginale. Mais, même s'il en est ainsi, avec le diaphragme vaginal ou le capuchon de col, le sperme humecte la presque totalité de cette muqueuse.

En fait, il semble que les heureux effets du mariage ne découlent pas d'une absorption spermatique, mais découlent, d'après VIGNES, « soit d'actions réflexes s'exerçant sur la circulation des organes génitaux, soit en supposant un mécanisme humoral et en se représentant que l'ovaire "réveillé" complète le développement des organes sexuels ».

Sont-ils la cause de tares infantiles ?

Les adversaires du birth control soutiennent que :

Une grossesse survenant malgré l'emploi d'un contraceptif (chimique, spermicide en particulier), l'enfant risque d'être taré. Du fait d'une intoxication insuffisante pour le tuer, le spermatozoïde (ayant conservé son pouvoir fécondant) en porte néanmoins les marques et les transmet à l'embryon.

A noter que s'il en était ainsi, on ne devrait pas tolérer non plus la méthode Ogino (les rapports sexuels le plus loin possible de l'ovulation), car on risque de permettre la conception à des spermatozoïdes vieilliss.

En fait, l'expérience montre que le pourcentage des anomalies n'est pas plus élevé chez les enfants « d'accident » que chez les autres.

Il faut remarquer, à ce propos, que l'interdiction officielle du contrôle des naissances favorise l'emploi de moyens de fortune et les « enfants-accidents » se multiplient.

Créent-ils des frigidités ?

Le déroulement de l'acte sexuel serait perturbé par la mise en place d'un appareil anti-conceptionnel, la frigidité peut s'en suivre. En fait, ces cas sont très rares dans les pays de birth control où l'on insiste sur la dissociation nécessaire entre procréation et rapports sexuels.

Les troubles nerveux, mis sur le compte de la contraception, sont presque toujours la conséquence d'un climat malsain, entretenu au nom d'une certaine éthique.

Les reproches faits aux contraceptifs sur le plan médical ne semblent donc pas résister à une analyse objective, si l'on s'en réfère aux observations faites dans les pays où existe le birth control.

VI. — POINT DE VUE DÉMOGRAPHIQUE

Approximativement, la population du globe comptait 545 millions d'individus en 1650, 728 millions en 1750, 1.200 millions en 1850, 2.500 millions en 1950. Chaque jour, naissent environ 100.000 nouveaux enfants.

Si ce rythme continue, la population du globe atteindra trois milliards et demi d'individus en 1980.

Devant cette situation, deux thèses extrêmes s'affrontent : celle des pessimistes ; celle des optimistes. La vieille querelle entre MALTHUS et MARX est ainsi rallumée.

Dans le camp des pessimistes, affirmant que l'augmentation des biens de consommation n'est pas proportionnelle à celle des consommateurs, figurent, d'après SAUVY, les protestants, les Américains des Etats-Unis, les sociaux-démocrates, les conservateurs matérialistes, les logiciens, etc. Pour eux, la surpopulation, c'est la guerre. A un autre point de vue encore, la limitation des naissances est le meilleur moyen d'éviter les guerres car, dit un psychiatre américain, le Docteur MENNINGER :

« L'enfant indésiré devient le citoyen indésiré, et la chair à canons pour les guerres de haine et de préjugés. »

Dans le camp des optimistes, se trouvent les communistes orthodoxes, les catholiques obéissants, les conservateurs idéalistes, de nombreux scientifiques, etc. Pour eux, les richesses du globe sont pratiquement illimitées et l'équation surpopulation = guerre est un faux dilemme car, en fait, « depuis Charlemagne, bien peu de guerres ont été déclenchées dans le but de combattre le surpeuplement » ; thèse fort controversée d'ailleurs.

Quoi qu'il en soit, il reste admis, de part et d'autre, qu'à l'heure actuelle la masse des consommateurs augmente plus rapidement que les biens nécessaires.

Pour rétablir l'équilibre, deux solutions peuvent être envisagées :

- la solution économique, qui consiste à faire progresser les substances plus rapidement que la population ;
- la solution démographique, qui tend à réduire le nombre des consommateurs en limitant celui des naissances.

Pour M. SAUVY, le problème de la population mondiale est un « faux problème », c'est-à-dire

« un problème mal posé et conduisant, de ce fait, à des conclusions erronées ou inutilisables ».

En effet, de telles cloisons existent entre les différents pays du monde que chacun d'eux vit, pratiquement, en circuit fermé.

Le jour où les différents pays du globe seront solidairement unis sous une autorité commune et où un organisme mondial coordonnera la production et la distribution des biens à consommer, alors ce jour-là, mais ce jour-là seulement, le recensement des terriens aura une signification.

L'accroissement de la population est dû surtout à la baisse de la mortalité pré-natale et infantile, mais aussi de la mortalité en général. La durée moyenne de vie qui était, en France, de trente ans, il y a deux siècles, est passée à soixante-cinq ans. Cet allongement résulte des progrès médico-sociaux.

Or plus des deux tiers de la population du globe ne mangent pas à leur faim : logiquement, le « contrôle » de la mortalité devrait appeler en contrepartie le contrôle des naissances. Aujourd'hui, en France, il suffit de deux à trois enfants par famille pour que le niveau de la natalité demeure satisfaisant. Or, la famille française a précisément 2,6 enfants en moyenne et il ne semble pas que ce taux soit appelé à baisser. En effet, le souhait exprimé le plus souvent par les Français interrogés à ce sujet par l'I.N.E.D. est d'avoir trois ou quatre enfants.

L'usage des méthodes anti-conceptionnelles et la création de centres de « Planning Familial » sont-ils un obstacle à l'augmentation du taux de natalité ?

L'expérience des pays anglo-saxons montre qu'une politique de natalité n'est pas incompatible avec le libre choix individuel en matière de planning familial.

Aux Etats-Unis, où il existe plus de 600 centres de planning familial, le chiffre des familles de trois enfants a doublé et celui des familles de quatre enfants augmenté dans la proportion de 70 % depuis une quinzaine d'années. En onze ans, la population des Etats-

Unis a augmenté de 29 millions et demi d'habitants, plus que dans les vingt-trois années écoulées entre les deux guerres.

Au Danemark, où la planification familiale est devenue un Service d'Etat, le taux de natalité est actuellement de 17‰.

En Angleterre, où il existe près de 33 centres de P.F. répartis dans tout le pays, on a relevé en 1959 le plus haut taux de natalité enregistré depuis dix ans.

En Norvège, le taux de fécondité est passé de 57,67 en 1931 à 78,56 en 1956 ; en Suède, de 56 en 1930-1932 à 61,74 en 1956.

Le souci de maintenir en France un taux suffisant de natalité est très important, mais étant donné la diminution considérable de la mortalité infantile et l'accroissement de l'espérance de vie, la nécessité de familles très nombreuses n'est plus justifiée. D'ailleurs, tout prouve que ce sont surtout des considérations économiques qui ralentissent la natalité.

Il est significatif que, dans les pays où le niveau de vie est supérieur au nôtre, la natalité s'améliore de façon sensible, malgré les cliniques de birth control. Il pourrait en être de même chez nous. Le moyen d'encourager la natalité est dans une politique d'aide à la famille sous toutes ses formes — construction de logements, d'écoles, lois sociales, politique de plein-emploi — en même temps qu'on abrogerait les articles 3 et 4 de la loi de 1920. Telle est aussi l'opinion du directeur de l'Institut National d'Etudes Démographiques, qui écrit :

« Si, en même temps qu'on abroge la loi de 1920, les pouvoirs publics manifestent leur souci de l'enfant, font cesser la politique malthusienne du logement, ouvrent largement les écoles, etc., la natalité ne diminuera pas de façon alarmante. »

En fait, aborder le problème du planning familial sous l'angle démographique est une erreur profonde. L'exemple de l'U.R.S.S. et de la Chine et de leur législation en regard des contraceptifs et des avortements montre assez clairement que le point de vue démographique justifie à tout moment une intervention de l'Etat dans ces questions, intervention souvent contradictoire d'un moment à l'autre.

Certes, il est normal qu'un gouvernement ait le souci de maintenir un taux de natalité suffisant, mais les considérations démographiques ne doivent occuper qu'une place secondaire parmi les arguments pour ou contre le planning familial. Ceux-ci doivent être, avant tout, psychologiques, médicaux, sociaux, humains en un mot, et tenir compte plus de l'individu que de la société.

VII. — ENFANTS NON DÉSIRÉS ENFANTS INADAPTÉS

Le Docteur BERGE, directeur du Centre Psycho-Pédagogique de l'Académie de Paris, a montré que l'enfant accueilli dans la joie a le maximum de chances de se développer heureusement. Par contre, l'enfant non souhaité, « l'enfant-accident », est candidat à l'inadaptation sociale. « A l'intérieur de chaque famille, le problème essentiel est le problème de l'enfant souhaité ou non. » Il est significatif que 75 % des délinquants soient des enfants indésirés.

Si l'accroissement d'une population se solde par un abaissement de sa santé, de son niveau mental, de son niveau moral, de ses possibilités, rien n'est gagné, bien au contraire.

A noter que le seuil de saturation d'enfants, pour une mère, dans un foyer n'est pas toujours le même et qu'il dépend de facteurs à la fois connus et inconnus.

Les facteurs connus : budget familial, santé de la mère, santé du père, présence au foyer d'enfants fragiles ou infirmes, ayant besoin de soins particuliers, comportement psychologique et moral des parents, influencé par leur éducation, leur foi religieuse, leur degré d'instruction, etc.

Facteurs inconnus, impondérables, parfois inexplicables *a priori* : par exemple, chez certaines femmes, saturation brutale du désir de maternité et tant d'autres.

VIII. — MARIAGES FORCÉS DIVORCES — PROBLÈMES DES JEUNES

Dans le cadre du « Bureau d'Aide Psychologique Universitaire » se poursuit une étude sur « les problèmes sexuels des étudiants » qui met en évidence leur complexité et leur urgence :

« Les différents organismes médico-sociaux s'accordent à signaler en milieu étudiant, un certain nombre de faits anormaux tant par leur fréquence que par la situation de crise qu'ils impliquent pour les individus. Sous l'aspect le plus grossier et le plus tangible, il s'agit du nombre des avortements, des mariages forcés, des couples qu'un enfant non désiré arrête dans leurs études, cet enfant se trouvant par surcroît mal assumé par des parents trop jeunes, sinon par l'âge réel, du moins par l'équilibre affectif. »

IX. — IMPORTANCE ACCRUE DU BESOIN D'HARMONIE DU COUPLE

S'il existe, certes, d'autres causes, la peur des grossesses est, par sa fréquence, la grande responsable de la plupart des frigidités féminines, ainsi que du retour à des formes infantiles de sexualité, d'insatisfaction sexuelle, etc. Il en résulte pour les deux époux un sentiment de frustration qui détruit peu à peu leur équilibre psychologique et affectif et l'harmonie du couple.

Or la distinction entre fonction sexuelle et fonction de reproduction est bien inscrite par la nature dans l'espèce humaine, puisqu'il y a permanence du désir sexuel même pendant les périodes d'infécondabilité physiologique de la femme.

De plus, actuellement, la vie amoureuse, discutée de plus en plus ouvertement, se fait plus exigeante et les femmes, particulièrement, prennent de plus en plus conscience de ce qu'elles peuvent en attendre.

Peu à peu, le tabou sexuel disparaît et nous sentons de plus en plus que l'acte sexuel fait partie d'un réseau de faits qui comportent des harmoniques cosmiques, qui entrent en résonance avec la création elle-même et qui lui restituent son caractère à la fois naturel et sacré, lorsqu'il s'insère dans un contexte affectif, qui fait vraiment du couple « une cellule d'amour ».

Et là, on rejoint directement ce qui est, aux yeux des partisans, la meilleure justification du planning familial.

X. — LE POINT DE VUE DE LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE

— Liberté du médecin dans ses prescriptions.

— Liberté du couple dans son désir de procréation.

Déjà, en 1917, le Professeur PINARD déclarait :

« J'avoue et je proclame que, depuis bien longtemps, j'enseigne que la reproduction doit être consciente. J'ajoute que je veux aussi qu'elle soit éclairée et responsable.

« En agissant ainsi, je sais que je me heurte à une tradition séculaire et que je demande une révolution dans nos mœurs. Cela ne m'effraie ni ne me décourage, et, plus que jamais, je lutte pour la civilisation de

l'instinct de reproduction. Si l'on a, plus ou moins, civilisé l'instinct de la conservation de l'individu, l'on n'a rien fait, pour ainsi dire, en faveur de la conservation de l'espèce. »

C'est bien, en effet, sur la notion de responsabilité que l'accent doit être mis : celle du médecin, celle du couple.

La vraie morale implique la liberté du choix et non pas la peur, comme mobile d'acceptation ou de refus.

Aussi, pour les partisans de la régulation des naissances, pratiquer le planning familial, ce n'est pas seulement adopter tel ou tel moyen de contrôle de la conception, c'est s'imposer un certain mode de vie, dans lequel l'individu et le couple se sentent pleinement responsables de leur procréation.

CHAPITRE IV

LES ORGANISMES DE " PLANNING FAMILIAL " EN FRANCE

Les créateurs de ces organismes mettent, avant tout, l'accent sur la différence qui existe entre la propagande anti-conceptionnelle et le planning familial.

Les véritables buts du P.F. ont été définis par le Docteur WEILL-HALLÉ, comme étant

« l'étude du bonheur conjugal et de l'équilibre familial dans la défense des libertés individuelles les plus chères et les plus secrètes ».

C'est dans cet esprit que sont orientés les centres étrangers dont la première mission est d'éduquer et non pas d'imposer telle ou telle méthode contraceptive.

Le *Mouvement Français pour le Planning Familial* (M.F.P.F.) a pour but

« la revision de la loi de 1920 et l'ouverture de centres spécialisés où les couples viendront demander conseil pour leurs problèmes de fertilité — stérilité involontaire ou espacement des naissances — leurs conflits conjugaux ou leurs difficultés d'adaptation sexuelle ».

D'ailleurs, le mot contraception, trop limité dans son sens, a fait place, comme nous l'avons déjà fait remarquer, à un mot nouveau : orthogénisme.

« L'orthogénisme est, rappelons-le, l'étude de toutes les techniques visant à l'amélioration de la procréation humaine. »

Le M.F.P.F. se refuse à aborder le problème du planning familial sous l'angle surtout démographique — ce qui justifierait à tout moment une intervention de l'Etat dans l'intimité des couples, de même que sous l'angle essentiellement féministe. Il ne s'agit pas uniquement de « maternité » volontaire, mais de « parenté volontaire », c'est dire que ce problème du P.F. n'a de sens que s'il est débattu par le couple et résolu par lui.

De même, n'est-il pas suffisant de justifier l'espacement des naissances par des raisons médicales ou sociales. Certes, elles sont parfois impératives et présentent, dans bien des cas particuliers, un caractère d'urgence, mais le M.F.P.F., selon l'exemple américain, n'entend répondre qu'à une seule vraie nécessité :

« Le droit absolu pour le couple d'espacer ou même de limiter le nombre d'enfants qu'il désire, et ce pour n'importe quel motif. »

A noter que rien ne devrait, dans cet esprit, s'opposer sur le plan religieux à l'idée de planning familial, chaque confession se réservant la possibilité d'enseigner à ses propres fidèles les limites qu'ils ne doivent pas dépasser.

Le P.F. ne cherche ni à imposer ni à influencer mais, d'une part, à donner aux couples les conseils adéquats pour atteindre le but qu'ils désirent et, d'autre part, à informer les médecins sur toutes les questions touchant aux problèmes sexuels, pour qu'ils puissent être à même d'éclairer utilement ceux qui viennent les consulter.

Il serait, d'ailleurs, fort souhaitable que l'abrogation de la loi de 1920 soit suivie par une autre loi soumettant la délivrance des contraceptifs mécaniques et chimiques à une ordonnance médicale.

Certains pensent, de plus, qu'il serait bon de ne « préserver que les femmes ayant déjà fait la preuve de leur fécondité ».

LA CRÉATION DU M.F.P.F.

En 1956, le Docteur LAGROUA-WEILL-HALLÉ avait formé une association en faveur de la planification des familles, qui prit le nom de « Maternité Heureuse » et qui avait pour but

« l'étude des problèmes de la maternité, de la natalité, de leurs répercussions familiales, sociales, nationales, la recherche des informations scientifiques, françaises et étrangères, relatives à ces problèmes, l'étude de tous les problèmes pouvant améliorer les conditions de la maternité et de la naissance ».

Depuis, l'association est connue davantage sous le nom de *Mouvement Français pour le Planning Familial* et est membre de l'« International Planned Parenthood Federation ». « Planning Familial » est sans doute l'expression qui évoque le mieux l'idée de prévision et c'est bien de cela qu'il s'agit, dans l'esprit des créateurs du Mouvement, qui se propose de ne pas laisser au hasard la naissance des enfants, afin que la famille s'épanouisse dans les meilleures conditions possibles.

En 1961, se sont créés des Centres d'information du M.F.P.F. à Grenoble d'abord, puis à Paris, Lyon, Marseille. D'autres sont en voie de formation dans d'autres villes françaises : Besançon, Troyes, Nevers, Nancy, etc.

Le M.F.P.F. a été légalement déclaré comme Association dont les statuts sont conformes à la loi de 1901.

La loi de 1920 interdit de donner des conseils contraceptifs en public. Aussi, avant de donner quelque renseignement que ce soit, on demande aux consultants d'adhérer à l'association. Car la loi ne peut poursuivre les adhérents d'une association privée, légalement déclarée, qui se réunissent entre eux pour discuter de questions qui sont l'objet même de leur association.

Il est légalement possible de dissocier vulgarisation et propagande de réunions d'information dans des milieux donnés : médicaux, industriels, culturels, cadres, etc. Une telle information ne tombe pas sous le coup de la loi.

La loi ne peut s'opposer non plus à la recherche dans le domaine médical : sur ce terrain, elle laisse au médecin son entière liberté d'action. Rien n'empêche celui-ci d'étudier les effets de telle ou telle méthode contraceptive dans son service ou dans le cadre de son cabinet. Il a même le droit de prescrire, sous sa propre responsabilité, un médicament non conforme à la législation française, à condition qu'il fasse part de ses conclusions à l'Office Central de la Pharmacie au Ministère de la Santé. C'est dans cet esprit que des expériences médicales en milieu fermé sont poursuivies en France depuis quelques années.

Mais l'œuvre du M.F.P.F. est, avant tout, éducative : il travaille à éveiller parmi les couples le sens de la responsabilité au regard de la procréation.

Pour le M.F.P.F., l'avortement, véritable maladie sociale, régressera lorsque des techniciens (médecins, juristes, démographes et travailleurs sociaux) oseront se réunir pour l'étudier sous tous ses aspects. Provoquer une telle rencontre est l'un de ses buts.

La tâche des Centres de P.F. est schématiquement décomposée en deux parties : l'une psychologique, l'autre médicale.

Les bureaux d'aide psychologique sont là pour aider les couples à résoudre leurs conflits. Les cas qui sont soumis à ces bureaux font l'objet d'une étude approfondie, les solutions toutes faites n'existant pas.

Les Centres médicaux sont là pour étudier les problèmes de la stérilité et de la fertilité. En ce qui concerne les problèmes techniques posés au médecin par les conseils qu'il est parfois appelé à donner

pour l'espacement des naissances, il n'y a pas de méthode idéale. Le médecin doit donc conseiller les couples en fonction de leur éducation et de leur attitude émotionnelle.

Les Centres d'information de planning familial ont pour but la généralisation du planning familial et son enseignement individuel.

Dans chaque Centre, une assistante sociale accueille les visiteurs, qui pourront être orientés vers des médecins, des spécialistes des problèmes de stérilité, d'orthogénisme, d'adaptation sexuelle, etc.

Le Centre a, avant tout, un but éducatif et groupe tous les livres ayant trait au développement harmonieux de la famille :

- éducation psychique et affective du couple ;
- éducation sexuelle (séances d'information assurées par des médecins) ;
- accouchement sans douleur ;
- planning familial.

Un court-métrage sur les Centres de planning familial en Angleterre (version française) est projeté au Centre.

Des conférencières sont disponibles pour toute réunion d'information sur le planning familial. Des « dossiers conférence » (plan de conférence, livres, brochures) permettant de faire un exposé sur ce sujet sont également disponibles.

Des permanence du M.F.P.F. sont prévues dans diverses librairies de Paris.

Une commission spéciale a été désignée pour étudier le problème de l'avortement, commission comprenant juristes, médecins, psychologues, sociologues, économistes et travailleurs sociaux.

Ce sont donc bien tous les problèmes touchant le développement harmonieux du couple et de la famille que les Centres d'information et de planning familial s'efforcent d'aborder et pas seulement l'étude technique des méthodes contraceptives.

CONCLUSIONS

Quelles conclusions peut-on tirer de ce bref exposé qui s'est efforcé de présenter le plus objectivement possible les arguments des adversaires et des partisans du birth control ?

Tout d'abord, que le birth control n'est qu'une branche de l'action des mouvements de planning familial, dont les buts, beaucoup plus vastes, visent à l'amélioration de la procréation humaine.

Ensuite, que le planning familial n'est lui-même pour notre pays qu'un des moyens d'une politique familiale, dont les principaux sont sociaux et économiques.

Le remède à l'avortement n'est pas l'enquête policière, pas plus que celui à la limitation volontaire des naissances n'est dans le maintien d'une loi répressive et anachronique, mais dans une amélioration des conditions de vie telle que disparaissent les indications sociales et économiques de l'avortement.

Pour les partisans du P.F., les deux principes qui devraient inspirer la politique de population de notre pays sont ceux du plan Sauvy :

- a) liberté de contraception — avortement limité aux causes thérapeutiques ;
- b) politique familiale et sociale agencée de façon qu'à cette liberté individuelle corresponde une natalité suffisante.

Aussi bien le véritable but des Mouvements de planning familial est-il, dans l'esprit de ses fondateurs, de faire œuvre de « prophylaxie mentale », c'est-à-dire de mettre en action des « mesures destinées à prévenir l'apparition des troubles mentaux ou, à la rigueur, à empêcher ceux que l'on dépiste à leur début d'évoluer de façon dangereuse », en donnant aux femmes et aux couples des conseils d'orthogénisme, qui ont le plus heureux effet sur leur santé mentale et le développement de leur vie familiale tout en respectant en même temps — et surtout — la liberté absolue et la prise de responsabilité des couples dans un domaine où celles-ci ne sauraient être subordonnées à l'intérêt de l'Etat, quel qu'il soit.

Le problème de l'espacement des naissances, bien que vieux comme le monde, n'est peut-être pas éternel, car son évolution est imprévisible tant du point de vue démographique que moral, religieux, etc., et aussi du point de vue médical (par exemple, amélioration telle des méthodes contraceptives qu'elles puissent être acceptées par tous et soient efficaces à 100 %).

Mais nous avons à nous préoccuper de la situation telle qu'elle se présente à nous aujourd'hui et que l'importance de ce problème, tant par son actualité que par ses implications psychologiques, physiologiques, morales, sociales, économiques, démographiques, etc., nous oblige à le regarder en face, à le considérer en toute impartialité et en toute clarté pour essayer de lui apporter la meilleure solution dans chaque cas particulier, car là, comme partout ailleurs en médecine, il ne peut s'agir devant tout nouveau cas que d'un cas unique.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
LACOMME

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BERGE. — Problèmes psychologiques, individuels et familiaux posés par la densité familiale. (*La Maternité Heureuse*, 1958, n° 6 et 7.)
- CHAUCHARD. — La maîtrise sexuelle. (Paris, Editions du Levain.)
- DEROGY. — Des enfants malgré nous. (Editions de Minuit, 1956.)
- DICKINSON. — Techniques du contrôle des naissances. (Baltimore, Williams et Wilkinsco, 1950.)
- FABRE (Docteur). — La maternité consciente. (Paris, Editions Denoël, 1961.)
- FLOURNOY. — Les Françaises qui vont en Suisse. (*Praxis*, 1950.)
- GESENIUS. — L'anti-conception, dans « Biologie et pathologie de la femme », de Seitz et Amreich. (Urban et Schwarzenberg, 1953.)
- INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DÉMOGRAPHIQUES. — La prévention des naissances dans la famille. (P.U.F., 1960, Cahier n° 35.)
- LAGROUA-WEILL-HALLÉ (Docteur). — La liberté de la conception à l'étranger. (Maloine, 1958.)
- Le planning familial. (Maloine, 1959.)
 - *Gynécologie Pratique*, 1960, t. XI, n° 4.
 - La grand-peur d'aimer. (Julliard, 1961.)
 - L'enfant-accident. (Société des Editions Modernes, 1961.)
- PEARL. — Human biol. (Oxford University Press, 1932, 4, 363.)
- PIE XI. — Encyclique « Casti Connubii », 31 décembre 1930.
- PIE XII. — Allocution aux sages-femmes, 29 octobre 1951.
- Assemblée des Cardinaux et Archevêques de France (déclaration), mars 1961.
- Comptes Rendus des Conférences de Lambeth (Londres, Marylebone road.)
- PIÉDELIÈVRE. — *Annales de Médecine Légale*, juillet-août 1944.

SAUVY. — Le faux problème de la population mondiale. (*Population*, juillet-septembre 1949.)

— Le contrôle des naissances est-il dangereux ? (*L'Express*, 11 mai 1956.)

TRIETZE. — *American Journal of Obstetric and Gynecology*, Saint-Louis, septembre 1959.

VALABRÈGUE. — Contrôle des naissances et planning familial. (La Table Ronde, 1960.)

VIGNES. — Physiologie et médecine des femmes. (Masson, 1929.)

Bulletins de la *Maternité Heureuse* et bulletins du *Mouvement Français pour le Planning Familial*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Chapitre I. — Rappel historique sur l'évolution du « Birth control » dans le monde	3
Chapitre II. — La France : Les positions officielles	9
— <i>Point de vue légal</i>	9
— <i>Point de vue religieux</i>	10
— <i>Enseignement</i>	11
— <i>Point de vue d'une partie du corps médical sur les contraceptifs</i> . .	12
— <i>L'opinion publique française, le « planning familial » : problème d'actualité</i>	12
Chapitre III. — Les arguments des partisans du « planning familial » . . .	15
— <i>La loi de 1920</i>	15
— <i>Réponse à la position de l'église catholique</i>	18
— <i>Formation des médecins</i>	20
— <i>Education sexuelle</i>	21
— <i>Réponse aux objections médicales faites à l'usage des contraceptifs</i> . .	21
— <i>Point de vue démographique</i>	33
— <i>Enfants non désirés — Enfants inadaptés</i>	36
— <i>Mariages forcés, divorces — Problèmes des jeunes</i>	36
— <i>Importance accrue du besoin d'harmonie du couple</i>	37
— <i>Point de vue d'une partie du Corps médical sur les contraceptifs</i> . .	12
Chapitre IV. — Les organismes de « planning familial » en France . . .	39
— <i>La création du M.F.P.F.</i>	40
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

ACHEVÉ D'IMPRIMER
LE 30 JANVIER 1963
PAR
R. FOULON & Cie
29, RUE DEPARCIEUX
PARIS

